Rok XXX. Kraków, 28 Marca 1891. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	[illegible] „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

W r. 1875 Adams skonstruował kleszcze, służące do wyprostowania *septi cartilaginosi.* W 7 lat potem (1882) Jurasz polak, prof. laryngologii w Heidelbergu udoskonalił przyrząd w ten sposób, że łyżki (nieruchome w przyrządzie Adamsa) odejmują się od kleszczy przez naciśnięcie na sprężynę *ad hoc* pomyślaną. Ma to na celu umożliwienie pozostawienia *in situ* danego instrumentu. Łyżki łączą się ze sobą za pomocą śrubki. Prócz tego ramiona kleszczy zamykają się w sposób, jak to ma miejsce w kleszczach porodowych.

Technika operacyjna jest następująca: po znieczuleniu kokainą całéj części chrząstkowéj przegrody nosa, gdyż rękoczyn jest bardzo bolesny, wprowadza się oddzielnie połowę kleszczy do odpowiedniéj jamy nosa w ten sposób, że płaskie łyżki (uprzednio pokryte dość obfitą warstwą waseliny jodoformowéj) obejmują z obu stron wygięte *septum*, a ramiona kleszczy na krzyż w zwykły sposób ze sobą się łączą. Wtedy za pośrednictwem śrubki łączymy obie łyżki, które w miarę coraz większego przyśrubywowania wywierają stopniowo wzrastający ucisk na skrzywioną przegrodę nosa. Potem przez naciśnięcie sprężyny odejmujemy oba ramiona kleszczy, pozostawiając tym sposobem *in situ* łyżki na 1—2 a nawet 3 dni i dłużéj (rzadko) stósownie do tolerancyi chorego, gdyż jest to operacyja nie zwykle nieprzyjemna i bolesna, jakoteż stosownie do miejscowego odczynu (reakcyi) ze strony samego *septum.* Przytem codziennie należy wdmuchiwać w obie jamy nosa jakikolwiek proszek antiseptyczny (ja używam stale mięszaniny iodolu z kokainą 10:1). Po wyjęciu łyżek, co łatwo daje się uskutecznić przez odkręcenie śrubki, uważnie należy obejrzeć przegrodę nosa, na któréj czasami wytworzyć się może odleżyna stale zaś mniéj lub więcéj wyrażony proces zapalny na błonie śluzowéj przegrody. Daléj całą powierzchnię *septi* z obu stron doskonale obsypać należy proszkiem desinfekcyjnym (jak powyżéj), które to insuflacyje powtarzać należy codziennie przez dni kilka, to jest aż do zupełnego ustąpienia objawów reakcyjnych. Jako pomocniczych instrumentów w celu utrzymania wyprostowanéj przegrody w nadanéj mu forsownie pozycyi, Jurasz używa oliwek z kości słoniowéj różnéj wielkości i grubości, które następczo to jest po usunięciu łyżek wstawiają się do jam nosowych.

Szczegółowo całéj téj manipulacyi miałem sposobność się przyjrzeć podczas mego dłuższego pobytu w Heidelbergu.

Mniéj lub więcéj szczęśliwe modyfikacyje kleszczy Adamsa podali również Delstanche z Brukselli, G. Hope, Cozzolino z Neapolu, Elsberg itd.

Zdaniem mojem instrument Jurasza ma nad niemi wyższość i co do mnie, jedynie go używam. Nie mogę tu pominąć mego zdziwienia, że w jednéj z lepszych monografij o zboczeniach przegrody nosa George Stokera (z roku 1888) nie znajduję o Juraszu ani wzmianki.

Obecnie wypada mi wyrazić mój pogląd na metodę prostowania przegrody za pomocą kleszczy Jurasza. Otóż winienem zaznaczyć, że rzeczywiście w pewnych acz rzadkich przypadkach metoda ta daje wcale niezłe rezultaty. Mianowicie wskazaną jest ona przedewszystkiem dla skrzywień w części chrząstkowéj przegrody, zwłaszcza zaś esowatych, daléj u młodszych indywiduów w niezbyt zastarzałych przypadkach, wreszcie w przyp. *deviationis septi sensu strictiori*, to jest bez zgrubień (*spinae cristae* itd.) Z drugiéj jednak strony nie mogę zamilczeć i o ujemnych stronach metody Jurasza. Do tych ostatnich przedewszystkiem zaliczyć należy znaczną bolesność nietylko w okresie samego rękoczynu, lecz i w okresie pooperacyjnym. Sam rękoczyn w wysokim stopniu jest dla chorego nieprzyjemny. Daléj zdaniem mojem metoda ta zupełnie nie kwalifikuje się do leczenia ambulatoryjnego, wymaga bowiem ciągłéj obserwacyi ze względu na możliwe następstwa. Samo leczenie pooperacyjne jest niesłychanie żmudnem, możliwe są odleżyny. Wreszcie jeden z najpoważniejszych zarzutów, jaki metodzie téj n. p. Schech robi, jest możliwość powrotów cierpienia.

Jak już wspomniałem przejście od ortopedycznego leczenia do krwawego stanowią: żegadło galwaniczne i elektroliza, o których obecnie mówić zamierzam. Niektórzy autorowie, jak M. Mackenzie i Pryson Delavan zamiast usuwać wygiętą część przegrody nosa radzą zniszczyć (wyciąć) odpowiednią muszlę i tym sposobem przywrócić drożność nosa. Słusznie jednak G. Stoker i Schech przeciw metodzie téj po-

wstają. Z tem i ja się najzupełniéj zgadzam; w przypadkach jednak, jak to bardzo często ma miejsce (na 200 moich przyp. w 80), gdzie obok zboczenia (skrzywienia lub *cristae*) przegrody istnieje jednocześnie mniéj lub więcéj znaczny przerost odpowiedniéj (najczęściéj dolnéj) muszli, gdzie więc objawy zależeć mogą po części od *deviatio septi*, po części zaś od przerosłych muszel, zdaniem mojem należy, już ze względu na łatwiejszą manipulacyję, przedewszystkiem usunąć przerosłą część muszli najlepiéj na drodze galwanokaustycznéj (przy polipowatych muszlach pętlą, przy zwykłym przeroście najlepiéj ostry kauter pod postacią brózd, lub wkłówań).

Jeżeli procedura ta usunie nam albo zupełnie, albo w większéj części owe objawy (n. p. zaburzenia w oddechaniu), natenczas najlepiéj zboczenie przegrody, chociażby nawet znaczne, zostawić w spokoju, w przeciwnym zaś razie, gdy więc zaburzenia trwają w dalszym ciągu, przystąpić do operacyjnego leczenia *deviationis septi*. Przytem będziemy już mieli tą wyższość, że pole operacyjne będzie znacznie większe, co da nam możność dokładniejszego wykonania operacyi. Niemniéj i możliwość następczych (zwłaszcza po operacyjach galwanokaustycznych) zrostów staje się rzadką.

Żegadło galwaniczne jako metoda lecznicza zboczeń przegrody nosa ma dość pokaźne grono zwolenników, że wymienię tu tylko Patrzeka, G. Stokera, Jurasza, Voltoliniego, Schaeffera, Walshama i innych. Ja również do gorliwych adeptów galwanokaustyki się liczę: zarówno w skrzywieniach zwłaszcza kątowych (według klasyfikacyi G. Stokera), jakoteż w przypadkach ograniczonych zgrubień (*spinae, cristae*) chętnie stosuję żegadło i to pod różnemi postaciami (płaski i ostry kauter, wreszcie pętla dla niektórych osci).

Elektroliza, ta najmłodsza gałęź terapeutyczna, przy zboczeniach przegrody nosa znajduje także swych zwolenników i to przeważnie we Francyi, gdzie ją wprowadził do terapii *deviationis septi* pierwszy Miot, daléj Gazel, który odnośny komunikat odczytał na zjeździe laryngologów w Paryżu w 1889 roku, wreszcie Moure z Bordeaux, który jest niezwykle gorliwym propagatorem téj metody.

Wspólnie z prof. Bergonié ogłosił on w ostatnim numerze (grudzień, 1890 r.) *Journal of laryngology* pracę pod tytułem: *on deviations and spurs of the nasal septum.*

Autorowie z powodzeniem stosowali elektrolizę we wielu przypadkach skrzywień przegrody nosa z lub bez zgrubień, jakoteż przy wyrostkach kostnych, lub chrząstkowych. Używali oni podwójnéj metody: 1) tak zw. jednobiegunowéj (monopolarnéj) dodatniéj i 2) dwubiegunowéj (bipolarnéj) galwanopunctury.

Pierwsza polega na następującem postępowaniu: indiferentna (pomysłu Bergoniego), wielka elektroda umieszcza się między łopatkami chorego i łączy z ujemnym biegunem bateryi. Po znieczuleniu (kokainą) przegrody nosa wbija się stalową (gdyż łatwiéj wchodzi) igłę średnicy 0·8—1·5 mm., długości 8—11 ctm. mającą (służy tylko na raz) w centrum *deviationis* i jest ona połączona z dodatnim biegunem. W większości przypadków wystarcza siła 30 milliamperów. Rzecz prosta, że rheostat, jakoteż galwanometr są niezbędne. (Bardzo dobrym, wszelkim wymaganiom w zupełności odpowiadającym wydaje mi się aparat elektrolityczny pomysłu Hirschmana, znanego elektrotechnika berlińskiego, który widziałem na klinice prof. Krausego w Berlinie, gdzie Dr. Kutner, asystent kliniki, bardzo sumiennie od dawna prowadzi odnośne badania). Wracając do metody Mourea i Bergoniego, dodam, że posiedzenie trwa od 10—20 min. Druga metoda przez powyższych autorów stosowana przy *deviatio septi* różni się tem od pierwszéj, że niema indiferentnéj elektrody, natomiast dwie stalowe igły wbija się w wypukłą cześć przegrody tak, aby igła, znajdująca się w grubéj części była połączoną z dodatnim, druga zaś z ujemnym biegunem bateryi. Rzecz prosta, że igły w przebiegu swym dotykać się nie powinny. Wolne końce igieł powinny być dobrze izolowane za pomocą kauczukowéj rurki. Siła 20 milliamperów tutaj zupełnie wystarcza.

Co się tyczy wyboru obu metod, to wszędzie tam, gdzie igły łatwo dadzą się wprowadzić w skrzywioną przegrodę, należy używać dwubiegunowéj metody i *vice versa*. Tym sposobem monopolarna galwanopunktura rzadziéj znajduje zastosowanie, jak bipolarna.

Jakkolwiek w przypadkach *deviationis septi* elektrolizy nie stosowałem, to jednak opierając się na dotychczasowych moich doświadczeniach nad elektrolizą w przypadkach powiększonych gruczołów limfatycznych szyjnych (*lymphadenitis colli*), jakoteż w przypadkach wola, o metodzie téj przedewszystkiem wyraziłbym się, że jest niesłychanie żmudną, wymagającą wielu posiedzeń, dalej jest ona bolesną i co najważniejsza nie zawsze do celu prowadzi, pominąwszy już ten fakt, że jako wymagająca bardzo drogich przyborów, nie każdemu z lekarzy, nawet specyjalistów dostępną być może. Nie chcę tu stanowczo utrzymywać, że w przypadkach *deviationis septi* elektroliza niema tego znaczenia, jaki jéj Moure i Bergonie przypisują, brak mi bowiem, jak to już powiedziałem, własnego doświadczenia pod tym względem. Sądziłbym jednak, że galwanokaustyka przynajmniéj w wielu razach daleko prędzéj prowadzi do celu.

Przystępuję obecnie do właściwego operacyjnego t. j. krwawego leczenia zboczeń przegrody nosa. Przedtem jednak uważam za stosowne opisać niektóre ważniejsze w tym celu używane narzędzia. Do nich przedewszystkiem należy:

1) nóż zwykłe bistouri; używamy go najczęściéj, jako pomocniczego instrumentu, n. p. dla przecięcia błony śluzowéj przed resekcyją chrząstki itd. Rzadziéj już noża używamy dla usunięcia *deviationis septi* lub wyrostków. W tym celu używają noża lub nożyc kostnych niektórzy autorowie, jak G. Stoker, Schech, Jurasz itd.

W tych razach jednak właściwszem jest użycie noża o tępym końcu, lub zaopatrzonego w główkę, a to aby uniknąć zranienia poza zboczeniem znajdujących się zdrowych części. Przytem użycie noża lub nożyc możliwe jest tylko w przypadkach miękkich, chrząstkowych zboczeń przegrody nosa n p. u dzieci. Dodać winienem, że dla następczego oddzielenia przeciętéj błony śluzowéj używamy zwykłego *raspatorium*;

2) *écraseur* znajduje zwolennika w Jarvisie, który stosuje metodę tę również przy miękkich, tylko chrząstkowych zboczeniach *septi*. Należy przytem mieć jednę rzecz na uwadze, mianowicie zrobić uprzednio odpowiednie nacięcie chrząstki dla założenia pętli écraseura, inaczéj takowa zemknąć się może. Wogóle jednak metoda ta jest rzadko stosowaną;

3) częściéj natomiast nierównie w użyciu są piły i to przeważnie pomysłu Boswortha z Now. Yorku. Z pomiędzy licznych zwolenników téj metody wymienić należy następujących autorów: Casselbery, Woakes, Rosenthal, Baratomi, Ficano, Moure i wielu innych. Ja również chętnie używam pił Boswortha. Mówię pił, gdyż potrzebne są dwie: jedna z zębami ku górze zwróconymi, druga ku dołowi (obie osadzone na trzonku pod kątem rozwartym). Przy użyciu pił należy zachować pewne ostrożności. I tak: przedewszystkiem doskonale należy zakokainować dane miejsce, gdyż jest to metoda bardzo bolesna i to stanowi główną jéj stronę ujemną. Daléj nie należy piłować, jak to np. widywałem w jednym ze specyjalnych szpitali w Londynie bez uprzedniego przecięcia i odpreparowania błony śluzowéj nad zboczeniem a to aby nie powiększać i tak już bolesnéj operacyi, nie powodować przez to zazwyczaj dość obfitego krwawienia, a co ważniejsza, nie wywoływać zgorzeli poszarpanych cząstek błony śluzowéj, co acz rzadko, jednak zdarzyć się może. Daléj piłę należy trzymać prosto, nie zbaczając na prawo lub lewo, piłować tylko chrząstkę lub kość, jednę połowę z góry, drugą z dołu, aż do zetknięcia się obu przepiłowanych części. Użycie w ten sposób 2 pił ma to do siebie przedewszystkiem, że uniknąć możemy zranienia części zdrowych.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O nieprawidłowych szparach tęczówki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Również niezbyt pomyślną dla teoryi Ammona była praca Vossiusa (*Arch. f. Ophthalm.* XXIX, 4), w któréj udowadnia przypuszczenie, że u płodu gałka okręca się do koła osi ku zewnątrz o 90°. Jeśli tak jest w istocie, a prawidłowa szpara u dorosłych koniecznie powstawać ma ze szpary zapłodkowéj, najpospolitszym dla dorosłych byłby kierunek szpary ku zewnątrz. Wiemy dobrze, że tak nie jest, pozostawałoby chyba przypuścić, że w przypadkach tych gałka wcale się nie okręca, lecz w takim razie mielibyśmy zupełnie zmieniony kierunek naczyń siatkówki, o którym wszakże nic dotąd nie wiemy. Co prawda, pracy Vossiusa nikt dotąd nie stwierdził, przeciwnie Picqué w swem dziele (*Maladies de développement et maladies congénitales du globe de l'oeil. Thèse de Paris* 1886) zaprzecza wynikom pracy Vossiusa.

Wreszcie teoryję Ammona najbardziéj zachwiać mogły przypadki nieprawidłowéj szpary tęczówki. W obronie jéj jednak gorliwie wystąpił Manz, a w tym celu odrazu zaczął odróżniać szpary prawidłowe (tj. dolnego wycinka) od nieprawidłowych. Już Ammonowi nie były obcemi przypadki nietypowéj, nieprawidłowéj szpary w tęczówce, wytłumaczył on je jednak w ten sposób, że u płodu istnieć mogą dwie szpary, z tych jedna prawidłowa, druga patologiczna; pierwsza następnie może zarosnąć, druga przeciwnie pozostaje i staje się przyczyną powstawania szpary w nieprawidłowem, że tak powiemy, miejscu. Do podobnego mniemania upoważnić mogła Ammmona poniekąd okoliczność, że razu jednego spostrzegał u kurczęcia dwie szpary, z których dodatkowa była skierowaną ku górze. Streszczając opis przypadków Mittelstädta (*Jahresber. pro* 1880, str. 205) Manz robi uwagę, że szpary prawidłowe w tęczówce powstać mogą wskutek nieprawidłowego rozwoju tęczówki w okresie, gdy szpara płodowa już oddawna zarosła. Zmiany mogą być zapalne, szczególniéj zaś zdaniem jego nieprawidłowy rozwój lub zanik błony źrenicznéj mogą być tego powodem. Makrocki odrzuca teoryję Ammona pochodzenia szpar nieprawidłowych tęczówki od „chorobowych" szpar płodowych i słusznie twierdzi, że niepodobna dowieść nieprawidłowej pozycyi w płodzie. Z powodu przypadków Makrockiego i Magnusa, Manz (*Jahresbericht pro* 1884, str. 284) również powtarza, że nie wszystkie szpary oka, a w części tęczówki muszą mieć koniecznie styczność ze szparą płodową. — Na zjeździe w Strasburgu w r. 1884 Manz wyraźniej wypowiedział, zdanie że należy odróżniać typowe szpary tęczówki (w obrębie wycinka dolnego położone) od nietypowych, położonych w innych wycinkach. Myśl tę rozwinął bardziéj jeszcze na VII-ym międzynarodowym kongresie oftalmologów w r. 1888. (*VII Intern. Ophthalm.-Congress. Bericht v. Otto Becker und W. Hess.* Wiessbaden 1888).

Dawniéj starał się on bronić teoryi powstrzymanego rozwoju utrzymywał mianowicie, że nieprawidłowy rozwój lub też przetrwanie łodygi, jak się wyraża, ciała szklanego u płodu przeszkadza zamknięciu szpary, lub też opróżnia je do okresów późniejszych, a wskutek tego powstaje szpara typowa dolnego wycinka. Ostrzega w tym odczycie przed teoryją zapalnego pochodzenia wad rozwojowych oka, dla szpar zaś soczewki i powieki wprost jéj zaprzecza. W swoim też przypadku nieprawidłowéj szpary zwykłych zmian zapalnych wcale nie znalazł. „Jeśli", mówi on daléj (str. 466), „zwrócimy uwagę na podwójny zawiązek tęczówki — na listek siatkówkowy i naczyniówkowy — to właściwie w ostatnim przyznać musimy podstawę, z któréj wyrasta przednia część tęczówki, przyczem przyjmuje udział również błona źreniczna. Łatwo się też rozumie, że z zanikłéj naczyniówki powstać może tylko nędzna, przedziurawiona tęczówka — takie więc braki tęczówki nie mają nic wspólnego ze szparą płodową i można nazwać je fałszywemi szparami (*pseudocoloboma*).

Bock nie przyznaje w swym przypadku rozwoju wstrzymanego w obrębie szpary oka, natomiast utrzymuje, że w pewnych warunkach może się nie rozwinąć cały wycinek tęczówki, że w tym razie odgrywa rolę jako przyczyna nieprawidłowy stosunek błony źrenicznéj, który zresztą bliżéj określić się nie da, jakkolwiek przypuścić należy zmiany odżywiania w obrębie pewnych dzielnic naczyniowych.

De Lapersonne zwraca uwagę na okoliczność, że tęczówka powstaje wtedy dopiero, gdy szpara płodowa jest już oddawna zamkniętą, tak więc późniejsza szpara tęczówki nie da się jakoby od płodowéj wyprowadzić. — Zdaniem jego szpara powstaje w miejscu niedostatecznie odżywianem, wskutek zapalenia naczyniówki. Dowodzą téj niedostateczności, zdaniem jego, plamy na rogówce spostrzegane w jego przypadku, jak również przy szparach w obrębie dolnego wycinka (niech mi wolno będzie dodać, że plamy te do bardzo rzadkich zjawisk należą).

Plange słuszną robi uwagę, że okręcanie gałki dokoła osi wytłumaczyć by mogło tylko powstawanie szpary ku zewnątrz. Teoryja Deutschmanna mało mu się również przydała, gdyż z znanych mu spostrzeżeń zmiany zapalne znalazł tylko w przypadku Bocka; daléj słusznie utrzymuje on, że zapalenie, gdyby w istocie miało miejsce, pozostawiłoby po sobie daleko większe ślady. Za przykładem Manza Plange odróżnia typowe, prawdziwe szpary dolnego (względnie dolnego i wewnętrznego) wycinka od nietypowych, fałszywych szpar, za przykładem zaś Bocka, przyznaje błonie źrenicznéj wybitną rolę w powstawaniu wady. Utrzymuje mianowicie, że w 50% znanych mu przypadków szpary nieprawidłowéj spostrzegano jéj resztki, gdy w przypadkach prawidłowéj szpary resztki jéj należą do rzadkich wyjątków. Twierdzenie jego ma udowodnić następujący zarys topografiji przedniéj części zapłodka, skreślony jakoby w chwili początku rozwoju tęczówki. W chwili, gdy tęczówka zaczyna wyrastać z brzegu przedniego następczego pęcherzyka ocznego, brzeg ten odpowiada równikowi soczewki. Tęczówka rośnie daléj, jednocześnie z przedniego brzegu pęcherzyka i z położonéj ku przodowi od tegoż części płytek główkowych (*Kopfplatten*), za współudziałem części obwodowych przedniéj połowy torebki naczyniowéj soczewki. Wsuwając się pomiędzy rogówkę a soczewkę, wyrastająca tęczówka podnosi przednią torebkę naczyniową, wskutek czego następuje podział jéj na właściwą błonę źreniczną (*m. pupillaris*) i torebkowo-źreniczną (*m. capsulo-pupillaris*). „Jeśli przypuścimy, że w przedniéj połowie torebki tęczówka napotyka szczególny opór, który staje na zawadzie prawidłowemu jéj wyrastaniu, związek pomiędzy wadą w błonie źrenicznéj a wadą w tęczówce znajduje etyjologiczne wyjaśnienie. Opór po-

dobny stanowić mogą nieprawidłowo rozwinięte naczynia, jakoteż zrośnięcia torebki naczyniowej z torebką soczewki. O pierwszéj okoliczności stanowić mogą spostrzegane resztki włókien, o drugiéj spostrzegane również złogi na przedniéj torebce" (str. 204). Opisanéj przez Manza cienkości naczyniówki Plange podrzędniejsze przyznaje znaczenie. — Przeciwko faktowi, że przy przetrwaniu błony tak dalece rzadko napotykano boczne szpary, Plange przytacza, że najpierw zmiany w błonie źrenicznéj mogą być o tyle nieznaczne, że nie stanowią jeszcze przeszkody w wyrastaniu tęczówki; daléj przetrwanie błony może jakoby pochodzić wskutek niedostatecznego jéj wchłonięcia, które to, zdaniem jego, rozpoczyna się wtedy dopiero, gdy tęczówka już oddawna istnieje. Teoryja ta w istocie łatwo tłumaczy powstawanie szpar nieprawidłowych niezależnie od miejsca. Plange przypuszcza nawet, że, prócz typowéj dolnéj szpary, gdyby udało się zawsze znaleść stosunek do resztek błony źrenicznéj, dla wszystkich innych potworności tęczówki moglibyśmy poprzestać na jednéj teoryi, która nie uwzględniając wcale stosunków w szparze płodowéj, szukałaby oparcia się w stosunkach w błonie źrenicznéj zachodzących.

W pracy niniejszéj przytoczyliśmy stosunkowo znacznie więcéj niż w poprzednich ilość przypadków, wyniki więc otrzymane donioślejsze będą miały znaczenie.

Dla wytłomaczenia powstawania szpary nieprawidłowéj tęczówki mamy: 1. Teoryję zapalną; 2. Teoryję okręcania się u płodu gałki dokoła osi i w końcu 3. Znowuż powstrzymany lub właściwie wprost nieprawidłowy rozwój oka u zapłodka.

1. Nad teoryją zapalną przejdziemy prędko do porządku dziennego, gdyż z pomiędzy 28 przypadków tylko w dwóch znajdujemy wzmiankę o znaczniejszych zmianach zapalnych w oku — w przypadku Bocka w naczyniówce i ciele szklanem i barwikowe złogi na torebce soczewki; w przypadku De Lapersonne: w naczyniówce i rogówce, w okolicy zbliżonéj do szpary nieprawidłowéj. Zmiany te spostrzegano w częściach o tyle od tęczówki oddalonych, że bezwarunkowo nie mogły one sprowadzić w niéj zmian tak dalece znacznych, by powstały aż zupełne, dość znaczne szpary.

2. Z wyników badań Vossiusa nad okręcaniem się gałki u płodu, moglibyśmy przypuścić, że w prawidłowem miejscu powstała szpara następnie wskutek okręcania się gałki ku zewnątrz, zajęła wycinek dolny i zewnętrzny lub zewnętrzny. Lecz w takim razie moglibyśmy wytłomaczyć powstawanie wady tylko w 7 przypadkach — w 2 ku zewnątrz i ku dołowi, w 6 wprost ku zewnątrz, pozostałych zaś 20 przypadków nie mielibiśmy żadnéj możności wytłomaczyć.

3. Pozostaje więc szukać wytłomaczenia powstawania wady w nieprawidłowym rozwoju oka u płodu. Plange stanowczo przyznaje rolę wybitną w sprawie powstawania szpary nieprawidłowéj w tęczówce błonie źrenicznéj, rozwija więc daléj przypuszczenie, początkowo przez Manza wypowiedziane. Lecz najpierw jakież to były resztki błony źrenicznéj jednocześnie z wadą spostrzegane? W przypadku Bocka mieliśmy tylko złogi barwikowe na przednich torebkach, w których, w obec braku właściwych włókien, trudno przyznać resztki błony źrenicznéj. W przypadkach zaś Schiess-Gemuseusa i Plangego resztki te były bardzo nieznaczne. Daléj w żadnym z przypadków, które w pracy niniejszéj dodałem, resztek błony źrenicznéj wcale nie było[1]), a więc z pomiędzy 28 zupełnie podobnych do siebie przypadków, mniéj lub więcéj wyraźne (chociaż bynajmniéj nie znaczne) resztki błony źrenicznéj spostrzegliśmy tylko w dwóch — okoliczność, która chyba nie upoważnia do przyznania resztkom tym wybitnéj roli w postawaniu wady. O wiele jest ważniejszym fakt przez Manza anatomicznie dowiedziony, mianowicie cienkość naczyniówki w jego przypadku.

Już niejednokrotnie opisując przypadki wad rozwojowych oka, starałem się wytłumaczyć je za pomocą wyników, jakie otrzymałem, badając rozwój oka u płodu. Przytaczam przeto te dane dla tęczówki nieco obszerniéj z pracy, którą ogłosiłem w języku rosyjskim w Kijowie w r. 1877, pod tytułem: P r z y c z y n e k d o n a u k i r o z w o j u o k a. Niektóre wyniki stwierdzili późniéj Lieberkühn, Hans Virchow, Königstein i inni.

Po odszuurowaniu soczewki, w okresie gdy pozostaje w niéj jeszcze dość znaczna próżnia, otacza się już dokoła siatka naczyniowa. Łatwo się przekonać, że od części jéj tylnéj ku przodowi udają się naczynia, które okalając następnie brzeg przedni pęcherzyka ocznego, łączą się z układem naczyniowym, który otacza z zewnątrz wtóry pęcherzyk oczny. Gałęzie znów naczyniowe, znajdujące się ku przodowi od soczewki, pozostają przeważnie w połączeniu z okręgowem naczyniem, położonem obok samego brzegu pęcherzyka ocznego. W tym samym okresie przypada początek wyróżniania torebki soczewkowéj. ciała szklanego i rozwoju tęczówki. Od naczyń, znajdujących się ku przodowi od soczewki, również liczne gałęzie skierowują się ku tyłowi, wzdłuż brzegu pęcherzyka wtórnego. (Dok. nast.)

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

Stosownie do okresu ciałka czerwone jużto są jeszcze prawie niezmienione i łatwo jako takie dają się rozpoznać, jużto kontury ich stają się niewyraźne tak, że mamy tylko przed sobą masę nierównoziarnistą, w któréj z trudnością możemy jeszcze gdzieniegdzie odkryć ciałko czerwone. Na licznych miejscach możemy daléj widzieć siatkę hemoglobinową, a w otoczeniu naczyń i chromatynową. Tylko gdzieniegdzie spotykamy ciałka czerwone z jądrami lub małe wolne ziarna chromatynowe. Jedynie w warstwach obwodowych takiéj trąbki spotykamy wśród resztek prawidłowego utkania mniéj lub więcéj silnie rozwiniętą tkankę granulacyjną z mniejszemi gruzełkami serowatemi, a bardzo licznemi i szerokiemi naczyniami krwionośnemi. Tutaj możemy daléj spostrzegać wszystkie fazy przemian progresywnych w ciałkach czerwonych aż do wytworzenia tkanki łącznéj i jednolitéj zmiany, które przedstawiłem przy marskości wątroby.

d) Gruźlica wątroby (Tuberculosis hepatis).

Gruźlica wątroby, jak to już Arnold wykazał, należy do najczęstszych powikłań gruźlicy w innych narządach, a mianowicie w płucach. Gruzełki są tu bardzo różne. Mię-

---

[1]) Mooren w drugiem spostrzeżeniu swojem przypuszcza również przetrwanie błony źrenicznej, lecz opis jego jest za krótki, byśmy się ze zdaniem jego zgodzić mogli, zwłaszcza że resztki te znajdowały się w środkowym pasie tęczówki.

dzy innymi gruzełki złożone z samych pseudokanalików szczególnie zasługują na uwagę. Gruzełków prosówkowych takich, jak je Baumgarten przedstawił, nie widziałem nigdy ani u ludzi ani u zwierząt. O gruzełkach prosówkowych, złożonych z samych komórek limfatycznych, wspominają różni autorowie, i takowe faktycznie należę do bardzo częstych, jakkolwiek Baumgartem twierdzi, że to już jest drugi okres jego epitelijoidowego gruzełka. O tych gruzełkach zatem, jako dobrze znanych, nie mam co mówić. Jedna postać gruzełka jednak na szczególną zasługuje uwagę. Są to gruzełki prosówkowe i ich skupiny, t. zw. zserowaciałe w częściach środkowych. Na preparatach z rozczynem Fleminga te masy serowate miejscami bardzo silnie barwią się safraniną i gencyjaną, miejscami zaś okazują barwę żółto-zielonawą. Przy silniejszem powiększeniu widzimy owe masy barwiące się safraniną jako konglomerat samych płytek i ziarenek pozabarwianych na kształt jąderek wielojądrowych leukocytów, masy zaś nie barwiące się safraniną są tylko ciałkami czerwonemi, w których istota barwiąca nagromadziła się na obwodzie i utworzyła przez to siatkę, któréj oczka stanowią odbarwione ciałka czerwone. W innych gruzełkach widzimy ciałka prawidłowo zabarwione i spływające miejscami w jednolite masy poprzerywane zygzakowatemi próżnemi szparami, obraz zupełnie identyczny z tym, jaki często można zauważyć w świeżéj krwi między dwoma szkiełkami. Na preparatach alkoholowych owe masy nibyto serowate barwią się bardzo silnie żółto pikrokarminem, a w barwionych metodą Weigerta część tych mas daje reakcyję włóknikową. Rozumie się samo przez się, że nie we wszystkich gruzełkach obraz jest jeden i ten sam. W wielu z nich ciałka czerwone rozpadły się już w ziarnistą masę, w któréj już nie widać konturów ciałek czerwonych. Ilość prątków gruźliczych wśród takich gruzełków jest różna, a najczęściéj znajdujemy je w komórkach olbrzymich, bo i te dosyć często tu napotykamy. Na obwodzie tych mas serowatych znajdujemy niekiedy jądra leukocytów lub nieco większe. Nie są one jednak koniecznym składnikiem i często te masy serowate otoczone są szerokiem pasmem tkanki jednolitéj z włókienkami ziarnistemi tkanki takiéj saméj jak ta, którąśmy często spotykali w marskości wątroby, gdzie to istota barwiąca ciałek czerwonych tworzyła siatkę ziarnistą i obejmowała w swych podłużnych oczkach odbarwione i spływające w istotę jednolitą ciałka czerwone.

Spotykałem daléj gruzełki złożone na pozór z samych leukocytów. Badając bliżéj te leukocyty, widzimy między niemi ciałka czerwone, w których często znajdują się ziarenka chromatynowe. Takie gruzełki nie mają obwódki z tkanki łącznéj. Nigdzie nie spotkałem ani śladu proliferacyi składników stałych. Zwłaszcza komórki wątrobowe w otoczeniu gruzełka okazują tylko zanik i rozpad kropelki tłuszczu (czarno zabarwione na preparatach z rozczynu Fleminga).

Na tem kończę opis przypadków gruźlicy. Wszystkie inne, jakie badałem, przedstawiały obrazy zupełnie identyczne. Różnice były tylko ilościowe.

Jak wynika z powyższych spostrzeżeń, sprawa gruźlicza nie składa się z procesu nowotwórczego (gruzełek) w ścisłem tego słowa znaczeniu i zapalenia (Baumgarten). Różnice, jakie nam jego objawy anatomiczne przedstawiają, są bardzo liczne, wszystkie jednak można sprowadzić, że tak powiem, do wspólnego mianownika, a tym jest dyjapedeza ciałek czerwonych z naczyń krwionośnych. Zmiany następowe tych składników krwi wynaczynionych zależą przedewszystkiem od zaburzeń w krążeniu, a tem samem i odżywienie tak ciałek samych, jakoteż tkanki, w któréj zostały ułożone, zależeć będą jednem słowem od ilości i jakości soków odżywczych, od wymiany materyi z otoczeniem. Pod tym względem będą ważnemi ilość ciałek czerwonych, rozległość zajęta przez nie w pewnym narządzie, szybkość, z jaką ta dyjapedeza się odbywa, własności anatomiczne i fizyjologiczne narządu lub tkanki, siedziby dyjapedezy, a wreszcie i ilość prątków gruźliczych, jako też ich lokalizacyja, wszystko to kwestyje, które potrzebują jeszcze bliższego zbadania.

Cała zgubność sprawy gruźliczéj polega w tych przemianach wstecznych ciałek czerwonych, w ostatecznéj ich nekrozie wraz ze składnikami tkanki, która jest ich siedzibą. Najrozleglejsze i najszybciéj przebiegające zniszczenia tkanek mają właśnie wtedy miejsce, gdy dyjapedeza ciałek czerwonych odbywa się szybko i z wielu naraz naczyń (n. p. podstawa wrzodów w błonie śluzowéj macicy, gdzie nie spotkaliśmy ani śladu gruzełków). W tych przypadkach, gdzie ta dyjapedeza jest ograniczona na pewne małe punkta, gdzie się odbywa powolnie, gdzie ciałka czerwone nie znajdą się natychmiast odcięte od wymiany materyi z otoczeniem, wtedy tylko przychodzi do przemian progresywnych w tych ciałkach, których wyrazem jest wytwarzanie istoty chromatycznéj dla komórek i istoty międzykomórkowéj. W gruzełku prosówkowym limfatycznym lub epitelijoidowym objawia się dążność tych ciałek do wytworzenia tkanki definitywnéj na wzór sprawy przewlekłe zapalnéj. I faktycznie nieraz spotykamy prosówkowe ogniska tkanki łącznéj. Ta sprawa względnie zbawienna dla ustroju ulega różnym zboczeniom. W otoczeniu gruzełka przychodzi do wytworzenia nowych gruzełków i ognisk odrazu serowatych, które sprowadzają nowe zaburzenia w odżywianiu gruzełka, który ostatecznie także musi uledz nekrozie i zginąć wśród mas serowatych. Gruzełki prosówkowe limfatyczne lub epitelijoidowe nie stanowią jedynéj postaci sprawy gruźliczéj. Widzieliśmy gruzełki prosówkowe, które nigdy innemi nie były jak serowatemi, w których nigdy nie było ani komórek epitelijoidowych ani limfatycznych. Były to konglomeraty ciałek czerwonych uległe odrazu nekrozie, lub w których, co najwyżéj, jako wyraz przemiany postępowéj przyszło do wytworzenia niewyraźnéj siatki hemoglobinowéj lub istoty chromatycznéj w postaci włóknika.

Czy wobec tego możemy w gruzełku Baumgartena widzieć niezbędny i charakterystyczny objaw sprawy gruźliczéj? Bynajmniéj. Jest ono częstem zjawiskiem ale wcale niekoniecznem, a co dla jakiéjś sprawy chorobowéj nie jest koniecznem, nie może być dla niéj charakterystycznem. — Chory, którymby miał same gruzełki Baumgartena, mógłby się mieć może bardzo dobrze.

Piętnem sprawy gruźliczéj są według powyższych poszukiwań zmiany wsteczne na ciałkach czerwonych wynaczynionych *en masse* do różnych narządów i tkanin.

Dalsze uwagi nad tym przedmiotem w uwagach ogólnych nad sprawą zapalną.

V) Zapalenia włóknikowe i włóknikowo-dyfterytyczne.

Za przedmiot badania służyły mi różne narządy zajęte zapaleniem krupowo-dyfterytycznym, jak migdałki i nagłośnia (*epiglottis*), jak również błony rzekome włóknikowe przy zapaleniu różnych błon surowiczych.

a) *Tonsillitis pseudomembranacea.*

Obraz mikroskopowy błon rzekomych, pokrywających migdałki, jest zazwyczaj następujący:

Główna masa tych błon różnéj grubości składa się z samych włókien w pewnych razach bardzo grubych, w innych nadzwyczaj delikatnych w najrozmaitszy sposób posplatanych z sobą w siatkę o oczkach małych zaledwie widzial-

nych albo też nieraz dosyć wielkich. Włókna téj siatki zazwyczaj barwią się bardzo silnie safraniną. Zamiast siatki spotykamy miejscami same składniki okrągłe lub okrągławe, jednolite silnie zabarwione safraniną i tak gęsto ułożone obok siebie, że trudno nieraz widzieć bezbarwne między niemi odstępy. Te składniki zlewają się z sobą w licznych miejscach, tworząc różnie długie beleczki, których grubość odpowiada zazwyczaj owym składnikom okrągłym. Przez to spływanie tych składników w beleczki nastaje powoli przejście w ową wyżéj wspomnianą siatkę silnie zabarwioną przez safraninę. Na preparatach niebarwionych owa siatka i składniki okrągławe, które jéj przez spływanie w beleczki dają początek, są delikatnie ziarniste i mają charakterystyczną barwę ciałek czerwonych, t. j. żółto-zielonawą. Nie ulega też najmniejszéj wątpliwości, że są to ciałka czerwone, które przez spływanie z sobą tworzą owe grube beleczki błony rzekoméj. Preparaty, pochodzące z rozczynu Fleminga, nie dopuszczają żadnéj pod tym względem wątpliwości. W powierzchownych naczyniach migdałków spotykamy obraz zupełnie ten sam. W pewnéj większéj lub mniejszéj części naczynia znajdujemy zamiast ciałek prawidłowych owe żółtozielonawe beleczki.

W tych miejscach, gdzie owa siatka, zazwyczaj grubowłóknista, przechodzi w włókienka delikatniejsze o oczkach większych, znajdujemy większą ilość składników komórkowych o jądrach zaledwie widzialnych w postaci małych ziarenek chromatynowych lub odpowiadających jedno lub więcéj jądrowym leukocytom, obraz zupełnie identyczny z tym, jaki kilkakrotnie poprzednio przedstawiłem w krwi, która daje początek leukocytom.

Takie błony rzekome, pokrywające migdałki, zapuszczają liczne korzenie i do wnętrza gruczołu wzdłuż t. zw. lakun. Te wypustki już makroskopowo widoczne mają te same własności histologiczne jak i cała błona rzekoma, któréj one są niejako dalszym ciągiem. Ale i niezależnie od zmian na powierzchni znajdujemy w głębszych warstwach migdałka różnie wielkie owalne i nieregularne ogniska krwotokowe, w których znajdujemy wszystkie te zmiany, co i w błonie rzekoméj powierzchownéj: siatkę grubo i delikatnie włóknistą, ciałka czerwone z ziarnami istoty chromatycznéj i wykształcone już leukocyty; wszystkie te zmiany w różnych ogniskach w różnym ilościowym stosunku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Dok. Patrz Nr. 11.)

Choroba Basedowa.

O ile w padaczce i chorobie Parkinsona nic nie może zdziałać elektryczność statyczna, o tyle jest ona bardzo dzielnym środkiem w chorobie Basedowa, szczególnie w połączeniu z galwanizowaniem. Stosuje się ją jako ogólną franklinizacyję, z przeważnem uwzględnieniem szyi, gdzie się używa strumienia wielokrotnego. Ogólna zasada ta sama, co przy histeryi, należy się strzec z początku zbyt silnego i długiego postępowania. Przy tym zabiegu można już w krótkim czasie zauważyć obniżenie wrażliwości, uspokojenie, oraz zwolnienie tętna. Struma łatwiéj ustępuje przy galwanizowaniu, najlepiéj więc łączyć oba te sposoby.

Bóle nerwowe.

Jest rzeczą jasną, że przedewszystkiem należy sobie zadawać pytanie, czy nerwoból jest samoistny, czy też posiada głębszą przyczynę w innéj chorobie, jak n. p. w wiądzie rdzenia pacierzowego, zatruciu ołowiem itd. W tych razach elektryczność statyczna sama przez się nie wystarcza. Wogóle należy wyznać, że o wiele pewniejsze i trwalsze wyniki osiąga się przez galwanizowanie, aniżeli przez franklinizowanie. Mimo to, sposób ostatni nie jest bez wartości. W trzech przypadkach nerwicy, a mianowicie dwóch nadoczodołowéj a jednéj podoczodołowéj, która to ostatnia wystąpiła po influency, uzyskałem zupełne wyzdrowienie przez stosowanie strumienia, a następnie słabych iskier. We wszystkich przypadkach elektrodę łączyłem z biegunem dodatnim, a nie jak, niektórzy n. p. Sperling radzą, z ujemnym i elektryzowałem dłużéj, bo do 15 min. Wyleczenie nastąpiło w trzech przypadkach po 15—25 posiedzeniach, galwanizowanie zaś nie przynosiło poprzednio pożądanego wyniku. W większości jednak przypadków rzecz się ma odwrotnie.

W nerwicy kulszowéj (*Ischias*) można stosować iskry o wiele silniejsze, a wreszcie i ciemne wyładowanie wzdłuż nerwu kulszowego, zatrzymując się dłużéj na punktach bolesnych.

Porażenia nerwów.

Wdzięczne pole otwiera się dla elektryczności statycznéj w leczeniu porażeń nerwów obwodowych, a mianowicie reumatycznych. Do tych przedewszystkiem zaliczyć należy porażenia nerwu twarzowego, gdzie, jak to już poprzednio nadmieniłem, elektryczność statyczna zdaje się mieć pierwszeństwo przed innemi metodami. Stosuje się ją w postaci strumienia pojedynczego lub wielokrotnego, a następnie w postaci iskier. Chorego stawia się na odosobniaczu połączonym z biegunem ujemnym, dodatni zaś łączy się z elektrodą. Poniżéj podaję w krótkości historyje 3 chorych, przedstawionych przezemnie na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Mamy tutaj wszystkie trzy postacie porażenia nerwu twarzowego, od najlżejszéj do najcięższéj, idąc za podziałem podanym przez Erba.

F. K., sufler teatralny, lat 36. Dnia 20/3 1890 zawiało go nader silnie w kawiarni, poczem natychmiast nastąpiło porażenie prawéj połowy twarzy, trudność w jedzeniu i mówieniu. Był parę razy galwanizowany i jak utrzymuje, stan się pogorszył. Przybył do mnie dn. 26/3. Stwierdziłem porażenie wszystkich gałązek prawego nerwu twarzowego lekkiego stopnia bez żadnych zmian w pobudliwości elektrycznéj. Stosowałem strumień pojedynczy i wielokrotny, za pierwszym razem nader krótko (3 min.) i łagodnie, chory bowiem był bardzo wrażliwy i obawiał się zabiegów elektrycznych. Mimo to zaraz po elektryzowaniu wystąpiło polepszenie, oko przedtem wciąż otwarte zamykało się dokładnie. Po 3 posiedzeniach zupełne wyzdrowienie.

M. Cz., lat 17, służąca. Przybyła do mnie do Lecznicy powszechnéj dn. 10/3 1890. Przed 3–4 tygodniami myła podłogę w korytarzu podczas zimna i przeciągu. Pod wieczór uczuła, że nie może dobrze mówić i jeść, ani też oka zamykać; mimo to tak długi czas się nie radziła, dopóki cierpienie znacznie się nie pogorszyło. Porażenie wszystkich gałązek nerwu twarzowego lewego. *Lagophtalmus.* Silny nieżyt spojówki. Częściowa reakcyja zwyrodnienia. Postać średnia według Erba. Używałem początkowo strumienia pojedynczego i wielokrotnego, następnie zaś iskier przy pomocy palca. Po 4 posiedzeniach bardzo znaczna poprawa, po 19 dniach zaś zupełne wyleczenie. Chora ta zdradzała późniéj inne objawy, mianowicie: astazyje i abazyje, o których poprzednio już nadmieniałem.

J. K., ekspres, lat 42. Zgłosił się do Lecznicy powszechnéj d. 24/2 1890 r. Od 4 tygodni cierpi na porażenie twarzy, wrzekomo wskutek przeciągu. Porażone wszystkie gałązki nerwu twarzowego prawego. Silny *lagophtalmus.* Żucie i mowa nader upośledzone. Po 6 elektryzowaniach w opisany sposób znaczne polepszenie. Oko domyka się, żucie i mówienie łatwiejsze. Chory usunął się wtedy z pod leczenia. Po dwóch tygodniach powrócił. Stan znów był taki sam jak z początku. Po 3 tygodniach nastąpiła ulga jak i poprzednio. Przestał więc przychodzić do elektryzowania. Zgłosił się ponownie dn. 26/4 ze znacznem pogorszeniem.

Przytoczyłem te trzy przypadki, ilustrują one bowiem bardzo dobrze sprawę. Co do pierwszego, gdzie była lekka postać, mógłby ktoś zarzucić, że wyzdrowienie byłoby i bez elektryzowania tak samo nastąpiło. Trudno to jednak w tym razie przypuścić, nastąpiło bowiem w zanadto krótkim cza-

sie, a galwanizowanie byłoby tem łatwiéj usunęło chorobę, rzecz jednak miała się przeciwnie.

Drugi przypadek jeszcze wymowniéj świadczy o zbawiennym wpływie elektryczności statycznéj. Przy galwanizowaniu ustępują średnie postacie w ciągu najmniéj 6 tygodni, tu zaś wyleczenie zupełne nastąpiło w niespełna 3 tygodnie.

W trzecim przypadku bardzo jasne wyniki, mianowicie polepszenie w bardzo krótkim czasie, skoro była stosowana statyczna elektryczność, pogorszenie zaś po zaniechaniu téjże. Tu już chyba nikt się nie odważy odmawiać wpływu franklinizacyi.

Oprócz tych leczyłem jeszcze 7 przypadków porażenia nerwu twarzowego wyłącznie franklinizacyją, a mianowicie 4 postacie lekkie, które ustąpiły po 10—14 dniach, i 3 średnie — w przeciągu 3—6 tygodni. W każdym razie skutek nie daje długo na siebie czekać, bo już nieraz po pierwszem elektryzowaniu można natychmiast stwierdzić polepszenie, jak n. p. domykanie powiek.

Czemu przypisać należy to działanie elektryczności statycznéj już poprzednio wyjawiłem moje przypuszczenie, mianowicie, że prawdopodobnie wpływ ozonu w grę wchodzi. Czy przypuszczenie me słuszne, wymaga jeszcze stwierdzenia.

W porażeniach innych nerwów, n. p. *n. ulnaris, radialis, medianus* itd. można stosować silne iskry, oraz ciemne wyładowanie z pomyślnym wynikiem.

Co do badania reakcyi zwyrodnienia przy pomocy elektryczności statycznéj i wyników, tegoż nadmieniłem już poprzednio o próbach w tym kierunku; dodać tylko wypada, że nie można jeszcze nic pewnego twierdzić, gdyż modyfikowanie prądu jest niedostateczne. Odległość przewodników oblicza się w przyrządach obecnie używanych na centimetry, ponieważ brak dokładniejszego podziału, a iskry też nie zawsze są równéj siły, przeto o ścisłości mowy być nie może.

Podrażnienia nerwów.

Kurcze, czy to drgawkowe, czy tężcowe w zakresie poszczególnych nerwów były często przedmiotem leczenia zapomocą franklinizacyi. Benedikt używał z dobrym wynikiem strumienia przy uporczywych postaciach szczękościsku (*trismus*). Podobny sposób stosowano też w kurczach mięśni twarzy (*tic. convulsif*), szyi (*torticollis spastica, caput obstictum*) itd. z różnym wynikiem. Tak franklinizacyja, jak i inne metody dają rozmaite rezultaty, choroby te bowiem są przeważnie długotrwałe i nader uporczywe.

Gościec mięśni i stawów.

Gościec mięśniowy można leczyć za pomocą iskier i ciemnego wyładowania z bardzo dobrym skutkiem. Wprawdzie w świeżych przypadkach nie potrzeba się do tego uciekać, mając dzielny środek w kwasie salicylowym, w zastarzałych jednak nic on nie skutkuje i tu otwiera się pole dla elektroterapii. Czy franklinizacyja ma wyższość nad faradyzacyją, trudnoby było na to odpowiedzieć, w każdym razie jednak jest ona też bardzo dobrą drogą prowadzącą do celu i ucieczką, gdy prąd indukcyjny zawiedzie.

W goścću stawowym można stosować elektryczność statyczną tylko co najwyżéj w przewlekłych postaciach, połączonych z zanikiem mięśni i t. d. Trzeba jednak przyznać, że skutki osiągnięte za pomocą jéj nie są zbyt świetne.

Choroby rdzenia.

Nie będę tutaj wyliczał poszczególnych chorób rdzenia jak *myelitis, tabes, sclerosis disseminata* itd. Ogólnie można powiedzieć, że elektryczność statyczna nic prawie w nich zdziałać nie może; stoi o wiele niżéj od galwanicznéj. Można ją stosować tylko w celu usunięcia pewnych objawów, przedewszystkiem tam, gdzie się stosuje faradyzacyję, n. p. w zanikach mięśni, specyjalnego jakiegoś działania jednakże nie wywiera, mimo bardzo dodatnich sprawozdań ze strony francuskich autorów.

Ogólne uwagi.

Ze wszystkiego, cośmy powiedzieli wyżéj, widzimy, że elektryczność statyczna ma dość ciasny zakres działania. — Jest ona przedewszystkiem dzielnym środkiem w ogólnych nerwicach, następnie zaś w obwodowych porażeniach nerwów. W innych chorobach układu nerwowego jest wprawdzie pomocną, niżéj jednak stoi od galwanizmu. W histeryi oprócz rzeczywistego wpływu na układ nerwowy odgrywa też wielką rolę suggestyja. Trudno tutaj wdawać mi się w ocenę wartości leczniczéj i strony etycznéj téjże, zadalekoby nas to zaprowadziło; faktem jest, o czem nikt nie wątpi, że wywiera ona zbawienny wpływ na chorego, a więc zamierzony cel się osiąga. Raz jeszcze muszę się zastrzec, że i czysto przedmiotowo działa elektryczność statyczna w sposób nader dzielny i dla tego też niedowierzanie, z jakiem ją początkowo szczególnie w Niemczech przyjęto, znika coraz to więcéj, nawet jak już wspomniałem, tak zacięci jéj przeciwnicy, jak Benedikt, stali się gorliwymi neofitami.

Mimo to niebrak jednak i obecnie głosów odmawiających jéj wszelkiéj wartości, jak zresztą i innym metodom używanym w elektroterapii.

Moebius (*Schmidts Jahrbücher*, 1889, H. I.) przed krótkim dopiero czasem zaprzeczał jakoby elektroterapija w ogólności miała pozytywną wartość i stawiał ją na równi z homeopatyją. Nie przyznaje on jéj zupełnie fizyjologicznego działania, tylko wpływ wyłącznie psychiczny, a więc przez suggestyję.

Podobne zdanie wypowiada też Allen Starr z Nowego-Yorku (*Med. New.*, 1889, 30 marca). Uznaje on jedynie tylko kataforetyczne działanie prądów galwanicznych, zresztą wszystko inne nic a nic nie warte. Szczególnie wyrok ten zapadł nad elektrycznością statyczną, któréj zresztą autor sam nie stósował. Elukubracyja ta napotkała na energiczne odpowiedzi ze strony tamtejszych neuropatologów.

Różne są powody podobnych negacyj. Pewien sceptycyzm i niedowierzanie, prowadzące do antagonizmu z elekroterapeutami ujawnia się dość często między fizyjologami. Ci ostatni przywykli do nader ścisłych i subtelnych metod w zakresie fizyjologii nerwów, z ironiją nieraz spoglądają na grube i niedokładne w porównaniu z tamtemi badania neuropatologów, których metody nieraz nawet do pewnego stopnia w sprzeczności stoją z wynikami fizyjologicznemi. Z drugiéj strony neuropatologowie w praktyce lekarskiéj mają sposobność widzieć tak dobre wyniki przy stósowaniu tych metod mało nieraz teoretycznie uzasadnionych, że muszą ich uporczywie bronić. Ta sprzeczka jednak teoryi z praktyką zachodzi też i w innych gałęziach medycyny, eksperyment jednak i przekonanie się osobiste mniéj może nieraz trudne, aniżeli w elektroterapii. Ta właśnie trudność sprawia że mniéj jest takich, którzyby się chcieli sami przekonać, a negacyja z góry zawsze jest rzeczą najłatwiejszą.

Przy tem dziwnie nieprawidłowe pod tym względem stosunki jeszcze panują. Elektroterapija jest nauką czasów najnowszych, szczególnie ścisłe dozowanie prądu jest zdobyczą nieledwie kilku ostatnich lat. O tych jednak zdobyczach lekarze często jeszcze nie chcą wiedzieć. Gdyby ktoś obecnie chciał przeprowadzać hydroterapiję bez termometru, to chybaby tylko ramionami na to z politowaniem wzruszano. Jakże jednak często jeszcze można się spotkać z elektryzowaniem bez galwanometru, równieź niemożliwem podług najnowszych poglądów. Jeśli przy maszynie elektrycznéj jest funkcyjonujący galwanoskop, to już wielki zbytek. Z galwanometrem tylko rzadko poza kołami specyjalistów można się

spotkać. Nie dziw więc, że nietylko w ten sposób nie osiągnie się dobrych wyników, lecz nawet wprost ujemne. Elektryczność, zarówno jak hydroterapija jest bronią obosieczną. Na szczęście, że zdania podobne do tego, które powyżéj przytoczyłem, stają się coraz rzadszemi. Metody elektryzowania prądem stałym i indukcyjnym, ustalone gruntownemi badaniami, doznają coraz mniéj podobnych zaczepek, a jeśli doznają, to tylko ze strony badaczy nader powierzchownych. Mniéj szczęśliwą pod tym względem jest elektryczność statyczna. Brak prawie zupełny fizyjologicznych danych, brak wykształconych i ustalonych metod stosowania, sprawia, że jest ona ograniczoną do bardzo ciasnych kółek specyjalistów, a przesadnie entuzyjastyczne reklamowanie jéj przez niektórych lekarzy, szczególnie francuskich, szkodę jéj tylko przynosi. A jednak ma ona swe bardzo dobre strony. Wykazaliśmy, że w wielu przypadkach, gdzie inne metody zawodzą, ta jest skuteczną, a przedewszystkiem w nerwicach ogólnych, następnie w porażeniach szczególnie nerwu twarzowego ma ona wyższość nad innemi. Stosowanie jéj bez potrzeby obnażania ciała jest też jedną z wielkich jéj zalet. Z tych to powodów, jakkolwiek uważam z wielu względów za niepodobną rzecz prawie, aby elektryczność statyczna rozpowszechniła się na szerokie koła lekarzy praktycznych, z drugiéj strony, mojem zdaniem powinna być stosowana bezwarunkowo w gabinecie każdego elektroterapeuty, jako też i w klinikach. Brak zaś podstawy i wyrobionych metod powinien raczéj wobec dotychczasowych pomyślnych wyników zachęcać do wyrabiania i gruntowania ich, a nie do rzucania z góry nieprzychylnego wyroku, wygodnego może dla osób, lecz dla nauki i postępu szkodliwego.

LITERATURA: Arthuis. Traitement des maladies, des affections rhumatismales et des maladies chroniques par l'électricité statique 1-re éd. 1873. 2 éd. 1877. 3 éd. 1880. Tenże. L'électricité statique et l'hystérie. 1881. Tenże. Electricité statique. Manuel pratique de ses applications médicales. Paris. 1885. — Althaus. Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et á la thérapeutique. 1876. — Ballet et Vigouroux. Progr. méd. 1891. 17. 18. — Bardet. De l'Exposition de l'électricité au point de vue médicale et thérapeutique. 1882. Tenże. Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale. 1884. — Beckensteiner. Etudes sur l'électricité. 1859. — Benedikt. Wiener med. Blätter. 1885. Nr. 35. — Tenże. Internat. klin. Rundschau. 1888. 51. — Bertholon. De l'électricité du corps humain dans l'état de santé et de maladie. 1780. — Bounefoy. De l'application de l'électricité á l'art de guérir. 1782. — Bore. Essai sur l'électricité des corps. 1748. — Cavallo. A complete treatise ou electricity in theory and practice, with original experiments. London. 1777. Tegoż. Traité complet de l'électricité. 1785. Duchenne de Boulogne. De l'électrisation localisée. 1872. — Eulenburg. Ueber allgemeine und lokale Elektrisation mittels hochgespannter Ströme (Franklinisation). Berl. klin. Wochenschrift. 1887. 13. Tenże. Therapeutische Monatshefte. 1887. Nr. 21. — Haën. Ratio medendi in nosocomio practico. 1771. — Jallabert. Expériences sur l'électricité avec quelques conjuctures sur la cause de ses éffets. 1748. Tenże. Versuche ueber die Electricitat in der Arzneiwissenschaft. Basel. 1750. Lewandowski. Elekthrodiagnostik und Elektrotherapie. Wien. 1887. Tenże i Bielschowsky. Therap. Monatshefte. 1887. — Ladame. Notice historique sur l'électrothérapie. Geneve. 1885. — Marot. Récherches physiques sur l'électricité. 1782. Tenże. Mémoire sur l'électricité médicale. 1783. — Masars de Cazoles. Histoire de cent neuf malades guéris ou soulagés par l'électricité. 1785. — Mascart. Traité d'électricité statique. 1876. — Manduyt. De l'électricité employée comme médicament. 1777. Tenże. Mémoire sur les diverses manières d'électriser. 1778. Tenże. Mémoire sur le traitemat électrique, appliqué a 82 malades. 1779. — Nicolas. L'électricité considérée comme remede. 1782. — Mollet. Récherches sur les causes particulières des phénomènes électriques et sur les effets musible ou avantageux qu'on peut en attendre. 1749. — Onimus. Guide pratique d'électrothérapie. Rédigé par Bonnefoy. 1889. — Pascalis. Memoire sur l'électricité medicale. 1819. — Pierson-Sperling. Lehrbuch der Electrotherapie. 1890. — Rozdestrenski. Neurolog. Centralbl. 1889. Nr. 2. — Russel-Reynolds. Leçons cliniques sur l'électrothérapie, 1874. — Sans. Guérison de la paralysie par l'électricité. 1772. — Sauvages. De hemiplegia per electricitatem curanda. 1749. — Schwanda. Wien. med. Jahrbücher d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 1868. — Siqaud de la Foud. Précis historique et experimental des phénomènes électriques. 1781. — Sperling. Neurol. Centr. Bl. 1889. Nr. 3. — Stein. Allgemeine Electrisation. Halle. 1886. — Thillaye. Essai sur l'emploi médical de l'électricité et du Galvanisme. 1803. — Tripiez. Manuel d'électrotherapie. 1860.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Libbertz daje w Nrze 11 *Deut. med. Wochenschr.* wyjaśnienie, że przy przyrządzaniu tuberkuliny nie można na pewno uniknąć tego, aby w rzadkich przypadkach nie dostawały się do płynu pojedyncze prątki gruźlicze. Prątki te jednak pod długiem działaniem ciepłoty wrzenia giną i są zupełnie nieszkodliwe. Ponieważ tuberkulinę otrzymuje się z czystych hodowli prątków gruźliczych, przeto nie znachodzą się w niéj inne bakteryje; zarodniki, które przypadkiem dostaną się z powietrza podczas napełniania flaszeczek, a są zazwyczaj niewinne, nie mogą się rozwijać z powodu znacznéj zawartości gliceryny.

Meyer badając pięć flaszeczek limfy znajdował we wszystkich nietylko w osadzie, ale i w górnych warstwach płynu prątki dość liczne, podobnie jak w Kazaniu wykazano istnienie prątków żyjących w środku Kocha. Jednakże M. twierdzi, że prątki w limfie Kocha się znachodzące, nie są żyjące i nie są zdolne do rozwoju. Twierdzenie swoje opiera M. na wynikach z doświadczeń na królikach i świnkach, u których, pomimo że zaszczepiał im przed 5—6 tygodniami limfę do przodkowéj komórki oka, pod skórę lub do żył, nie przyszło dotąd do rozwinięcia się sprawy gruźliczéj. (*Deut. med. Woch.* Nr. 11).

Jasiński donosi o wynikach stosowania środka Kocha u 5 dzieci, cierpiących gruźlicę kości przy braku zmian w wewnętrznych narządach lub skórze. Wstrzykiwania stosowano współdziałając całym aparatem dotychczasowych sposobów leczenia (rękoczyny, wstrzykiwania jodoformu, bals. peruw.). Wyniki są bardzo zachęcające; w 3 przypadkach prawdopodobnie zupełne wyleczenie, w dwóch znaczna poprawa. (*Tamże.*)

Cantieri badał działanie trujące moczu wydzielanego podczas reakcyi po wstrzykiwaniach kochiny. Podczas gdy 20 cm. sześć. moczu normalnego na 1 kg. wagi ciała u królika zaledwie wywołuje objawy intoksykacyi i dopiero przy wstrzyknięciu do żył 60 cm. sz. na 1 kg. wagi następuje śmierć zwierzęcia, to mocz wydzielony w czasie reakcyi już w ilości 8—16 cm. sz. działał zabójczo. Objawy zatrucia okazują się tak jak przy wstrzykiwaniach moczu prawidłowego jako tężcowe napady. Przy sekcyi znajdowano przekrwienie bierne, szczególnie worków surowiczych i skurcz tężcowy lewéj komory serca. Trujące działanie moczu nie było w żadnym stosunku ani do ilości mocznika w nim zawartego, ani do wysokości gorączki reakcyjnéj. (*Gaz. degli ospitali* Nr. 11).

Wyniki spostrzeżeń Brauna w Królewcu są następujące: z 7 przypadków liszaja jeden jest uleczony, w kilku nastąpiła poprawa. W 5 przypadkach gruźlicy stosu kręgowego i miednicy nie było żadnego pomyślnego skutku. Z cierpień stawowych bez przetok przedewszystkiem 4 przypadki *coxitis* znacznéj uległy poprawie (przy równoczesnem stosowaniu ekstenzyi), w kilku przypadkach gruźlicy stawu kolanowego obrzęk pod wpływem środka Kocha się zwiększył. Pomyślne były wyniki stosowania kochiny w tych przypadkach gruźlicy stawów, w których od dłuższego lub krótszego czasu istniały już przetoki. Przetoki te bowiem bardzo szybko się zamykały, a ruchomość stawu stawała się lepszą. Autor w przyszłości nic nie zmieni z dotychczasowego sposobu postępowania wobec chirurgicznych cierpień natury gruźliczéj, a kochiny używać będzie tylko jako środka pomocniczego. (*D. med. Woch.*, Nr. 11).

Tow. lek. wiedeńskie zajmowało się na posiedzeniu dnia 13 b. m. omawianiem metody Kocha. Schnitzler przedstawił przypadek gruźlicy krtani i płuc, w którym z początku nastąpiło wyraźne polepszenie, nawet pozorne wyle-

czenie wrzodów w krtani, później jednak wystąpiły nowe rozliczne erupcyje gruźlicze w miejscach przedtem zdrowych (w połyku i jamie nosopołykowéj). Sch. jest zdania, że ko china wywiera niewątpliwie wpływ na tkankę gruźliczą, wpływ ten jednak nie zawsze jest korzystny.

Następnie przedstawił Kaposi 5 chorych dotkniętych liszajem żracym, a jednę z *lupus erythematodes* — u wszystkich stosowano środek Kocha od 3 miesięcy. W żadnym przypadku nie skonstatowano wyleczenia, w kilku nastąpiło nawet pogorszenie. Twierdzenie Kocha i innych, że limfa działa na tkankę liszajową pewnie, w ogólności się sprawdza; wartość rozpoznawcza środka Kocha jest bez wątpienia niemałą, jakkolwiek według Kaposiego nie należy jéj przeceniać, gdyż wywołuje i wobec innych cierpień ogólną i miejscową reakcyję; wartości rozpoznawczéj jednak w liszaju Kaposi stanowczo zaprzecza.

Neumann, który również przedstawił kilka przypadków liszaja, leczonych w klinice jego za pomocą kochiny, wyraża się o środku tym z rezerwą. Ostatecznego zdania swego o wartości środka nie może jeszcze wypowiedzieć. (*Wien. med. Presse*), Nr. 11).

Urzędowe sprawozdanie *(amtlicher Bericht)* zakładów klinicznych, poliklinicznych, anatomo-patologicznych uniwersytetów pruskich o skuteczności środka Kocha w gruźlicy, wydane staraniem ministra Gosslera, ukazało się jako dodatek do *klinisches Jahrbuch*. Zebrano 55 sprawozdań, obejmujących głównie spostrzeżenia do 1 stycznia b. r. Spostrzeżenia świeższe, poczynione od tego czasu nad działaniem środka Kocha są tak ważne, że owemu urzędowemu sprawozdaniu tylko wartość archiwalną przyznać można.

W klinikach i oddziałach szpitala powsz. w Wiedniu przestano stosować limfę Kocha. Prof. Schrötter ma przedłożyć najwyż. Radzie zdrowia bardzo niepochlebne orzeczenie co do limfy Kocha. W klinice Schröttera czynią się od kilkunastu dni doświadczenia z kantarydynianem potasowym — dotąd z wynikiem ujemnym. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiéj.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim*. Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnéj Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu*. Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał

Dr. J. Zielewicz z Poznania.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Klinika lekarska nowéj szkoły miała swego przedstawiciela w osobie Chomela, który po śmierci Läenneca właśnie w r. 1830 objął wykłady w Hôtel Dieu. Auskultacyja, perkusyja i dyjagnostyka fizykalna wogóle święciła swoje tryjumfy, oparte na autopsyi i fizyjologicznych badaniach Magendiego, Flourensa, Le Galois i innych. Chirurgiję reprezentował Dupuytren, uczeń Bichata, profesor i operator świetny, dokładny znawca fizyjologii, Richerand, Roux, Lallemand i Malgaigne, który w r. 1831 pospieszył do Warszawy i czynnym był jako operator w armii polskiéj.

Było więc czem zająć sobie czas dwuletniego w Paryżu pobytu, a że go Marcinkowski szczerze wyzyskiwał na korzyść nauki, widać to z każdego listu jego do jenerała Chłapowskiego.

Po powrocie do kraju wziął się Marcinkowski ochoczo do pióra: w ciągu roku 1836 wydał dwie prace, które stanowią literackie żniwo naukowych jego zdobyczy, mianowicie: 1) *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel*, w *Zeitschrift für die gesammte Medizin* itd., Tom I., Hamburg, 1836, str. 289 sequ.; 2) *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna, ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu*. Kraków, 1836, 8 vo, stron 56. Praca ta wyszła również po niemiecku w powyższem czasopiśmie pod tyt.: *Bemerkungen über die Geschichte und Natur des Weichselzopfes mit Bezugnahme auf die Behandlungsweise dieses Phaenomens. Zeitschrift* itd., Tom IV., Hamburg, 1837.

1. Rozprawą o transfuzyi krwi dał Marcinkowski dowód, że znane mu były wszystkie w owym czasie na porządku dziennym fachowéj dyskusyi stojące zagadnienia naukowe, a przedewszystkiem, że obeznany był z fizyjologiją i patologiją doświadczalną, o ile podówczas gałęź ta była uprawiana. Kwestyję transfuzyi niezawodnie poruszył we Francyi Broussais, a fizyjologowie francuzcy gorliwie się zajęli tą sprawą. Mimo to Marcinkowski ubolewa, że ani fizyjologija ani patologija krwi dotychczas nie jest dostatecznie obrobioną, a przyszłość transfuzyi jako środka leczniczego upatruje w tem, że należałoby dążyć do tego, aby całą masę krwi danego indiwiduum kilkakrotnem powtarzaniem transfuzyi zmienić za pomocą krwi obcéj, ale do tego brak nam jeszcze podstawy w doświadczeniu fizyjologicznem. Gdyby się to udało — mówi Marcinkowski — w takim razie za odpowiedni do leczenia tą metodą uważałby cały szereg nietylko chronicznych niemocy, jak *Morbus macul. Werlhofii*, gnilec, ciężkie formy blednicy i t. d., ale nawet ostre choroby, które dziś za infekcyjne uznajemy jak dur, płonicę i inne. Marcinkowski odchodzi czasem nieco od przedmiotu i wtrąca bardzo cenne uwagi treści fizyjologicznéj i eksperymentalnéj, jak gdyby na dowód, że praca jego nie jest kompilacyją znanych już rzeczy, ale że autor nasz samodzielne w téj sprawie umie zająć stanowisko. Co do techniki operacyjnéj przy transfuzyi, oświadcza się Marcinkowski przeciwko Dieffenbachowi i proponuje tylko tyle żyły odsłonić, aby można wprowadzić trójgraniec, obawia się bowiem zapalenia żył (*phlebitis*). Kwestyja techniki daje autorowi naszemu pochop do potrącenia o cholerę, wspomina bowiem, że w kwietniu 1832 r. widział takie powtarzane kilkakrotnie transfuzyje ciepłéj wody, wykonywane w Edinburgu przez Mackintosha przeciwko cholerze. Że Marcinkowski z upodobaniem traktuje kwestyję cholery, rzecz łatwa do zrozumienia — a ustęp o cholerze w niniejszéj pracy jest dla historyi terapii téj choroby nader ważny, porusza bowiem pytania, które jeszcze ostatniemi czasy w literaturze naszéj i niemieckiéj znalazły wyraz, a odnośni autorowie właściwie tylko odświeżali pojęcia, które już Marcinkowskiemu z jego podróży ówczesnych były znane [1]).

Pracę naszego autora o transfuzyi czyta się i dziś jeszcze z przyjemnością — treść jéj świadczy o obszernem oczytaniu i rozległem doświadczeniu praktycznem autora, a forma nader prosta, a jednak nadobna.

2. W pracy o kołtunie Marcinkowski nie miał — jak sam przyznaje — pod ręką starych pisarzy polskich, którzy o téj chorobie pisali (Wojciech Oczko, Syreniusz). Za źródło główne do historyi kołtuna służy mu tylko rozprawa niemiecka Dra Weesego z roku 1827, a sam ubolewa nad tem i twierdzi, że pod tym względem należałoby się jeszcze troskliwiéj rozpatrzeć w pismach polskich pisarzy. Wszelako autorowi naszemu chodzi głównie o zbadanie „okoliczności, pod jakiemi w dniach naszych w Polsce zwijania się włosów napotykamy“. W tym celu zastanawia się nad kołtunem jako cierpieniem miejscowem, a następnie nad oznaczeniem miejsca, jakie się téj chorobie w systemie nozologicznym należy.

Występuje energicznie przeciwko zdaniu lekarzy, którzy kołtunowi odmawiają wszelkiego znaczenia patologicznego i uważają go jedynie za wynik niedbalstwa i nieporządku. Dzieli kołtun na „fałszywy“ i „prawdziwy“, tudzież kołtun już odrośnięty, gdy „sekrecyja chorobliwa materyi rogowéj

[1]) Porównaj artykuł nasz w *Nowinach Lekar.* rok 1889 str. 99.

już ustała“. Nie uważa jednak kołtuna za osobną i istotną chorobę całego organizmu, ani też za chorobę właściwą Polakom, ale przyznaje, że do różnych ostrych i chronicznych chorób u nas kołtun często się łączy. Marcinkowski uważa kołtun za „miejscowe przesilenie (*crisis*)“, objawiające się albo 1) nagle przy zakończeniu różnych chorób ostrych, podobnie jak n. p. *herpes labialis* lub *decubitus* są takiemi objawami krytycznemi, albo 2) występuje zwolna jako *lysis*. Ten rodzaj kołtuna najczęstszym jest u ludu polskiego, któremu w ogólności brak szybkiéj pomocy lekarskiéj, a który zresztą w kołtunie jedyną swych cierpień widzi przyczynę. 3) rozwija się niekiedy kołtun także w następstwie chorób nieuleczalnych.

Co do etyjologii, autor przeczy temu, jakoby Polska w klimacie swoim lub formacyjach geologicznych posiadała szczególne warunki powstawania kołtuna, za to są przyczyny inne, od natury kraju niezależne, ale mające swoje źródło w zwyczajach ludu i jego sposobie życia. Z doświadczenia wie lud prosty, że w wielu przypadkach za wywiciem się kołtuna, dolegliwości różne ustają. Ztąd wszelkie choroby przypisują kołtunowi i dla tego wszelkiemi sposobami starają się o jak najspieszniejsze onegoż wytworzenie, jakó zakończenie choroby.

W leczeniu kołtuna należy mieć na oku chorobę główną, któréj kołtun stanowi tylko powikłanie. Że w indywidualizowaniu szczegółowych przypadków — mówi autor — „krytycznéj natury kołtuna z oka spuszczać nie wypada, żeby nie administrować środków, które się w razach, gdzie widoczną ulgę przynosi, jego wywiciu się sprzeciwiaćby się mogły, n. p. rozczesywaniem lub przedwczesnem ucinaniem“ uważa autor za rzecz, nie podlegającą żadnéj dyskusyi.

W końcu swéj pracy oświadcza M. wyraźnie, że „myśl uważania kołtuna za fenomen krytyczny“ powziął od swego nauczyciela berlińskiego Berensa, który w wykładach swoich o semijotyce poruszył mimochodem kwestyję: czy „fenomen kołtuna nie stoi w krytycznem z chorobami połączeniu“. Namby się zdawało, że Marcinkowski niewdzięcznego podjął się zadania: jeden z profesorów warszawskich już w r. 1815 odmówił kołtunowi wszelkiego znaczenia patologicznego w rozprawie [1]), na któréj dedukcyje i dziś w zupełności pisać się można.

Myśl swego nauczyciela Marcinkowski przeprowadził krytycznie stosownie do ówczesnego stanu nauki. Atoli — jeżeli w pracy o transfuzyi krwi widzieliśmy w argumentacyi autora wielki zasób zdobyczy nowszéj szkoły francuzkiéj, to w kołtunie cofa się Marcinkowski do pojęć z Berlina wyniesionych, a po części i frontem stawa przeciwko nowszym nabytkom z Francyi i Anglii. Wypowiada to zaś w zdaniu, jakoby „przy dzisiejszéj manii gwałtownego leczenia każdéj reakcyi choroby przebijała zarozumiałość“, że każdą „kryzę“ pokonać jesteśmy w stanie (str. 51). Odnosi się to zapewne głównie do Broussaisa, który nader obfitemi upustami krwi chciał nietylko leczyć choroby ostre, ale i zapobiegać takowym i przerywać je. Ale teoryja ta w owym czasie już straciła swoję powagę u nowszych klinicystów francuskich, którzy na dobre rozwijali szkołę anatomiczną. Marcinkowski jednak zdaje się nigdy do niéj nie przylgnął i reminiscencyj patologicznych z czasów uniwersyteckich całkiem pozbyć się nie mógł. (Dok. nast.)

[1]) Rozprawa o kołtunie i t. d. na posiedzeniu Tow. król. Przyjaciół Nauk warszawskiego dnia 2 maja 1815, czytał prof. dr. August Wolff.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 27 marca. — W ostatnim tygodniu prawie wszystkie gazety krajowe podały wiadomość, że Prezes gabinetu hr. Taaffe wystosował okólnik do wszystkich władz politycznych krajowych, w którym zwraca uwagę na wysoki procent śmiertelności w niektórych miastach, między innemi w Krakowie ($35^{2}/_{10}$ na 1000) i we Lwowie (34 na 1000), podczas gdy w Wiedniu procent jest znacznie mniejszy (tylko $24^{7}/_{10}$ na 1000). Te wysokie cyfry śmiertelności każą wnioskować, że w tych miastach istnieją specyjalne przyczyny, wpływające na ogólny stan zdrowia. Hr. Taaffe wzywa przeto władze do zarządzenia zbadania przyczyn złego, któremi są zapewne: zła woda, brak kanalizacyi, wadliwa organizacyja sanitarna gmin, następnie zaś do poczynienia odpowiednich kroków, celem naprawienia złego stanu rzeczy.

Wiadomość o tem zarządzeniu p. Prezesa Ministrów przyjmujemy z wielką radością; może przecież dzięki interwencyi władzy centralnéj uda się poprawić ten rozpaczliwy stan stosunków zdrowotnych, który panuje w naszych miastach.

(o) Stan prof. Karola Brauna w Wiedniu, który od dwóch tygodni ciężką złożony jest chorobą (*insuficientia cordis*) jest, jak pisma wiedeńskie donoszą, rozpaczliwy.

(o) Komisyja budżetowa parlamentu pruskiego uchwaliła pozycyję 165.000 marek na wybudowanie zakładu dla studyjów chorób zakaźnych, mającego zostawać pod kierownictwem Kocha.

Gmina m. Berlina uchwaliła wybudować kosztem 200.000 marek przytulisko dla chorych, których w szpitalach miejskich leczono z powodu gruźlicy i którzy opuścili szpital w stanie polepszenia lub uleczeni. Nie ograniczono tu sposobu (metodą Kocha) leczenia.

* Prof. Wysocki, przewodniczący komisyi wybranéj z łona Wydziału lekarskiego w Kazaniu dla zbadania szczepianki Kocha, oświadcza, że z pomiędzy mikrobów znalezionych w szczepiance, znalezione zostały 2 niewątpliwie chorobotwórcze a mianowicie *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*. (*St. Petrsb. med. Woch.* Nr. 10, 1891). — Tamże znajdujemy wiadomości o mającem wkrótce nastąpić ogłoszeniu nowego środka przeciwko gruźlicy. Tym razem środek ma być podany przez prof. Ewalda, redaktora *Berl. klin. Wochschr.*

(o) Według uchwały Wydziału lekarskiego w Berlinie nie wolno właścicielom dyplomów transatlantyckich, którzy imatrykulują się jako słuchacze, nosić tytułu doktora, gdyż „wydział nie jest w stanie odróżnić dobre zakłady naukowe amerykańskie od złych“.

* Otrzymaliśmy zeszyt IV, tom LXXXVI Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Zeszyt ten prócz pracy Dra Ad. Ciąglińskiego „o grzybnicach pleśniowych“ i protokołów posiedzeń towarzystwa, zawiera także dodatek pod tytułem „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego z r. 1888“. Dodatek ten, który od lat kilku spotykamy w pamiętniku, jest bardzo pożądany i może z czasem pozwoliłby autorom, piszącym po polsku, liczyć się z pracami polskiemi, gdyby sprawozdania takie były kompletne i gdyby z drugiéj strony pamiętnik Tow. lek. warsz., to jedyne nasze archiwum medyczne, częściéj można było spotykać w ręku lekarzy. Co do pierwszéj kwestyi to prócz braków, które podniosła „Gazeta Lekarska“ (Nr. 11), musimy dodać jeszcze, że nie znaleźliśmy w przeglądzie piśmien. prac, przeważnie z zakresu anatomii i fizyjologii, umieszczonych w wydawnictwach Akademii Umiejętności. Okoliczność, że pamiętnik tak mało jest rozpowszechniony, świadczy wymownie o małem zamiłowaniu u nas do prac obszerniejszych, które powinny znajdować miejsce właśnie w takich wydawnictwach jak pamiętnik, i że pod tym względem niewątpliwie różnimy się bardzo od kolegów niemieckich, którzy posiadają i podtrzymują takie archiwa obecnie we wszystkich gałęziach medycyny.

* Prof. chemii lekarskiéj w Bernie Dr. M. Nencki został powołany do Petersburga i propozycyję przyjął. (*Wiener med. Wochschr.* Nr. 12).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Kl. du Bois-Reymond habilitował się jako docent dla okulistyki, a Dr. Pfeifer dla hygijeny. — **Moskwa.** Dr. Filatow mianowany profesorem nadzwyczajnym pedyjatryi.

* **Nekrologija.** W Warszawie zmarł Dr. Wilhelm Lubelski, ordynator oddziału psychijatrycznego dla kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Zmarły pozostawił po sobie szczery żal i szacunek, który też wyraża się w zmiankach umieszczonych w wszystkich pismach polskich.

Do administracyi „Przeglądu Lek.“ na fundusz wdów i sierot po lekarzach wpłynęło: od kol. Cerchy pozostałość z pikniku lekarskiego 43 złr. 60 ct. Od asystentów kolegów ś. p. Józefa Hempla zamiast wieńca 40 złr.

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

L. 2198.

Obwieszczenie.

Celem ściślejszego przeprowadzenia przepisów odnoszących się do nauki hygijeny szkolnéj, objętéj normalnemi planami nauk dla szkół ludowych, wydziałowych i seminaryjów nauczycielskich męskich i żeńskich, rozporządził JE. Pan Minister wyznań i oświecenia zasadniczo reskryptem z dnia 12 stycznia 1891 r. l. 749, ażeby w seminaryjach nauczycielskich męskich i żeńskich począwszy od roku szkolnego 1891/2, wykłady somatologicznéj i higijenicznéj części nauki historyi naturalnéj na I. i na IV. (względnie najwyższym) kursie poruczone były specyjalnie ukwalifikowanym lekarzom.

Plan wykładów odnośnych zastosowany do postanowień organizacyjnego statutu seminaryjów dla nauczycieli i nauczycielek szkół publicznych ludowych z dnia 31 lipca 1886 l. 6031 jest następujący:

na I. kursie:

na 1 półroczu: 2 godziny tygodniowo zoologija (wykłada jak dotyczas ustanowiony nauczyciel fachowy);

w 2 półroczu: 2 godziny tygodniowo, budowa, funkcyje życiowe i stosunki rozwoju ciała ludzkiego, przyczem mają być uwzględnione główne momenta pielęgnowania zdrowia w ogólności, a hygijeny szkolnéj w szczególności, wreszcie nauka o pierwszéj pomocy przy uszkodzeniach cielesnych (wykłada mianować się mający specyjalnie ukwalifikowany lekarz).

Na IV. (najwyższym) kursie:

w 1 półroczu: jedna godzina tygodniowo, powtórzenie somatologicznego materyjału naukowego przerobionego w 2 półroczu I-go kursu, hygijena szkolna według wydanych dla szkół ludowych w kraju ogólnych i specyjalnych hygijenicznych przepisów szkolnych (wykłada zamianować się mający specyjalnie ukwalifikowany lekarz).

w 2 półroczu: 1 godzina tygodniowo, specyjalna metodyka historyi naturalnéj wedle planów naukowych przepisanych dla szkół publicznych ludowych w kraju, przyczem wychowańcy mają być zaznajomieni z polecenia godnemi wydawnictwami dla młodzieży szkolnéj; rekapitulacyja materyjału naukowego i ciągłe ćwiczenia w oznaczaniu (wykłada jak dotychczas ustanowiony nauczyciel fachowy).

Docent lekarski będzie zatem wykładać w 1 półroczu IV-go kursu jedną godzinę tygodniowo, zaś w 2 półroczu I-go kursu dwie godziny tygodniowo.

W myśl §. 64 alinea 7 organizacyjnego statutu z 31 lipca 1886 l. 6031, będzie docent lekarski uczestniczyć przy egzaminach dojrzałości z historyi naturalnéj jako współegzaminator, jakkolwiek nie będzie zwyczajnym członkiem komisyi egzaminacyjnéj.

Powyższe rozporządzenie ministeryjalne wejdzie na razie w życie jedynie w tych seminaryjach nauczycielskich męskich lub żeńskich, w których siedzibie znajdą się lekarze, do udzielania nauki w mowie będącéj specyjalnie uzdolnieni, którzy podejmą się rzeczonych obowiązków za roczną remuneracyją honorową w kwocie 100 do 150 złr. w. a.

Nominacyję docentów lekarskich zastrzegł sobie JE. Pan Minister wyznań i oświecenia, a w tym względzie będą mu przedłożone wnioski przez Radę szkolną krajową w porozumieniu z krajową Radą zdrowia.

Kompetenci reflektujacy na rzeczone posady docentów lekarskich mają najdaléj do końca marca b. r. wnieść zgłoszenia pisemne do c. k. Rady szkolnéj krajowéj za pośrednictwem właściwéj Dyrekcyi c. k. seminaryjum nauczycielskiego, która również zgłaszającym się kompetentom udzieli bliższych informacyj.

Z c. k. Rady szkolnéj krajowéj.

Lwów, 5 marca 1891. *Badeni.*

(Powyższe obwieszczenie Redakcyja otrzymała dnia 19 marca. *Przyp. Red.*)

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.